

149

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 25 février 1889, à 1 heure

Par ALFRED JOUVE

Né à Sallèles (Lorère) le 3 décembre 1861

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT

DU PROLAPSUS UTÉRIN

Président : M. TRÉLAT, professeur.

*Juges : MM. { KIRMISSON, professeur.
BUDIN, RECLUS, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL.

Professeurs : MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DAMASCHINO
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	N... LABOULBÈNE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	STRAUS.
Pathologie expérimentale et comparée.....	SEE (G.)
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RICHET.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER
Professeurs honoraires : GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.	

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	HANOT.	POIRIER, chef des	Ribemont-Dessaignes.
BLANCHARD.	HANRIOT.	travaux anatomiques	A. ROBIN.
BOUILLY.	HUTINEL.	POUCHET.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
BRUN.	JOFFROY.	QUINQUAUD.	TROISIER.
BUDIN.	KIRMISSON.	RAYMOND.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	LANDOUZY.	RECLUS.	
CHAUFFARD.	MAYGRIER.	REMY.	
DEJERINE.	PEYROT.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

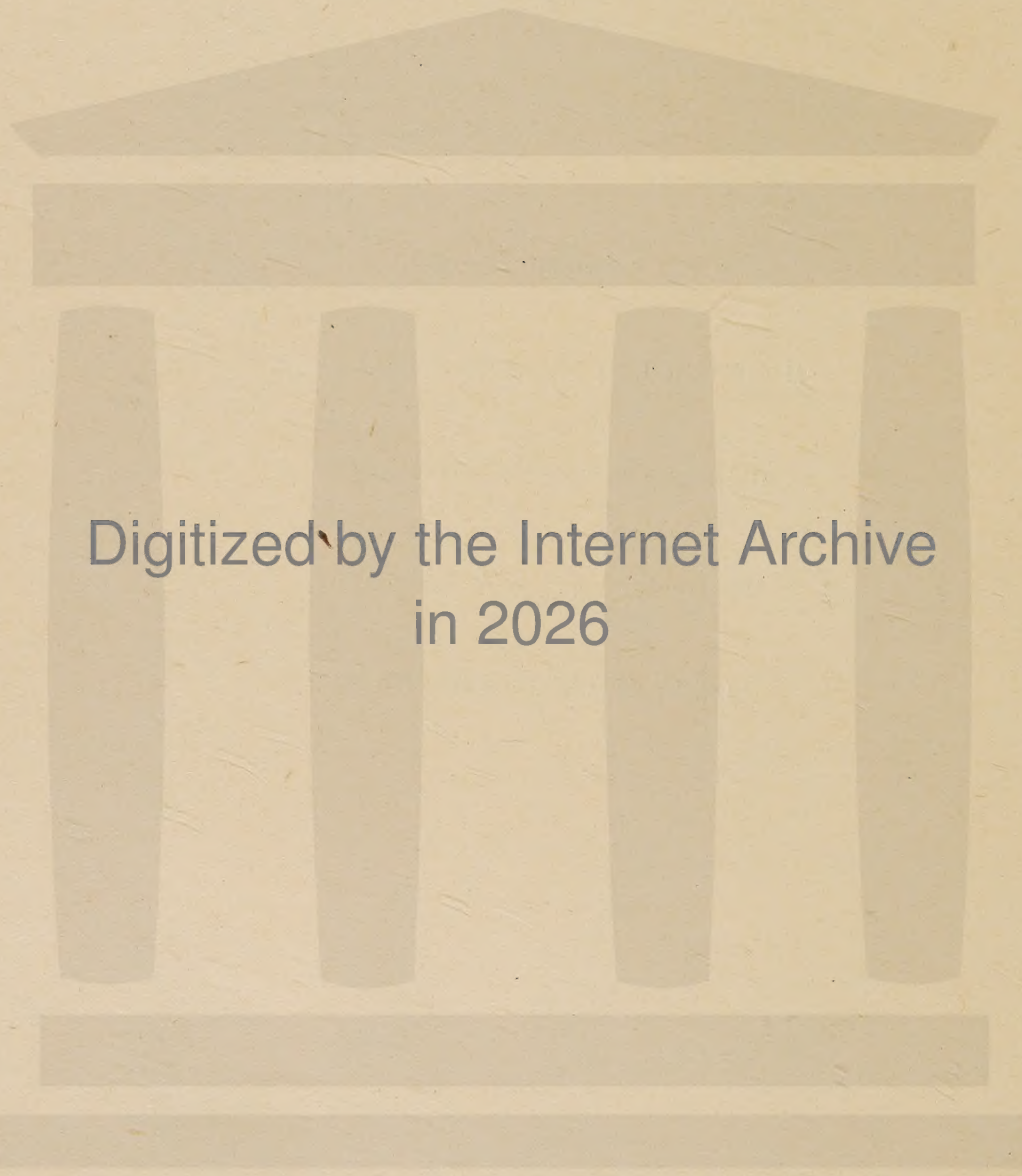
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TRÉLAT

Ghirurgien de l'Hôpital de la Charité

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554027_0037

Parmi les affections dont la masse forme le lot pathologique particulier à la femme, il en est une qu'il n'est pas rare de rencontrer surtout chez les multipares d'un certain âge, et qui a été depuis la renaissance des études gynécologiques le sujet d'importants travaux : je veux parler du prolapsus utérin.

Le prolapsus a existé de tout temps, comme il est aisé de le concevoir, les anciens le connaissaient fort bien tout en confondant avec lui l'allongement hypertrophique et dans les quelques ouvrages antiques que le temps a respectés, on rencontre la description de ce déplacement de la matrice à côté de médications bizarres et de manœuvres étranges destinées à y remédier. Mais ce n'est guère que dans notre siècle que les praticiens ont étudié le mécanisme de la chute de la matrice et ont cherché à corriger par des moyens rationnels et même à guérir définitivement par des opérations chirurgicales cette affection beaucoup plus gênante que dangereuse.

Quelles sont les différentes causes, occasionnelles et efficientes, qui concourent à la production de la chute de la matrice, et quel paraît être le meilleur traitement à lui opposer dans les cas ordinaires ; voilà les deux points qu'il m'a paru intéressant d'essayer de traiter.

Tout d'abord je rappellerai la remarque faite par quelques auteurs et en particulier par M. le professeur Trélat, La dénomination classique de prolapsus de l'utérus est

mauvaise. Même en admettant que ce soit l'utérus qui descende par son propre poids et la pression interne, il est toujours accompagné d'un prolapsus plus ou moins complet des parois vaginales et en même temps de cystocèle, de rectocèle. L'affection est complexe ; ce n'est pas un organe seul qui vient faire hernie à la vulve ; ce sont deux ou trois organes. Bien souvent la cystocèle et la rectocèle sont très prononcées, tandis que le toucher n'indique qu'un abaissement peu considérable de l'utérus.

Le terme de prolapsus vaginaux appliqué à ces cas par M. le professeur Trélat, est assurément beaucoup plus juste et devrait être conservé.

Les diverses causes du prolapsus sont de deux ordres :
1° occasionnelles ; 2° efficientes.

CAUSES OCCASIONNELLES

Les causes occasionnelles, celles à l'occasion desquelles le déplacement se produit peuvent également être rangées sous deux chapitres différents suivant qu'il s'agit de l'appareil ligamenteux de l'utérus ou du plan résistant à la pression intra-pelvienne.

1° *Appareil ligamenteux*

L'utérus, par ses fonctions même, est un organe essentiellement mobile. Destiné à prendre, lors de la gestation, des proportions considérables, ses attaches doivent être modifiables et élastiques. Aussi physiologiquement peut-il se déplacer dans certaines limites, par exemple lorsque la pression abdominale est brusquement augmentée, mais aussitôt que le motif du déplacement cesse, la matrice revient à la première position, et dans aucun cas, à l'état normal, les causes de déplacement ne peuvent aller jusqu'à produire l'abaissement pathologique.

On a décrit à l'utérus quatre espèces de ligaments ; tous n'ont pas la même force, ni la même valeur et aujourd'hui les auteurs semblent être d'accord pour n'accorder le rôle de soutien de la matrice qu'aux ligaments utéro-sacrés.

Quoi qu'il en soit, on trouve d'avant en arrière :

a. Les ligaments VÉSICO-UTÉRINS qui sont plutôt deux replis falciformes du péritoine entre la vessie et l'utérus que deux ligaments proprement dits : on y aurait découvert quelques fibres musculaires et élastiques, mais si peu développés qu'il ne peut leur être attribué aucune importance.

b. Les ligaments RONDS qui s'attachent à l'utérus au-dessous des trompes et, contenus à leur partie moyenne dans l'aileron antérieur du ligament large, traversent le canal inguinal de chaque côté, abandonnent des fibres à l'épine du pubis, à la paroi inférieure du canal et viennent enfin se perdre dans les grandes lèvres.

Comme organe de fixation, ils n'auraient qu'une importance secondaire ; d'après M. le Professeur Sappey ils ramèneraient en avant l'utérus après la déplétion de la vessie. Pourtant dans ces dernières années, quelques chirurgiens, Mundé entre autres, ont semblé leur reconnaître une certaine valeur comme moyen de suspension, en joignant dans le prolapsus l'opération d'Alexander à la colpopérinéoraphie.

c. En troisième lieu les ligaments LARGES constitués par un repli du péritoine dont les feuillets s'écartent pour

recevoir l'utérus. M. Rouget a montré qu'il existe entre les deux séreuses des fibres musculaires constituant deux feuillets extrêmement minces où les fibres s'entrecroisent en tous sens et qui vont s'attacher à la symphise sacro-iliaque.

Il est à noter que ces ligaments sont beaucoup plus lâches chez les multipares que chez les nullipares et que le degré de relâchement semble être en rapport avec la fréquence des grossesses.

Le rôle du ligament large comme soutien de l'utérus a été décrit comme suit par M. le Professeur Sappey : « Lors-
« que la vessie se remplit, la matrice se renversant en ar-
« rière la lame antérieure des ligaments larges se tend
« tandis que la postérieure se relâche ; à mesure que le
« réservoir urinaire se vide, la première se relâche, mais la
« seconde qui se tend l'empêche de tomber en avant.
« D'une autre part, le ligament large d'un côté contreba-
« lançant celui du côté opposé l'utérus ne peut se porter
« ni à droite, ni à gauche ; leur influence sur la situation
« et la direction de ce viscère est donc très grande, mais
« seulement chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes
« qui n'ont pas encore été mères car les grossesses et
« surtout les grossesses répétées ont pour effet de les
« allonger : l'extrémité supérieure de la matrice devient
« plus mobile et presque flottante si le relâchement est
« considérable. »

d. En dernier lieu viennent les ligaments UTÉRO-SACRÉS qui s'insèrent à la partie inférieure de la face postérieure de l'utérus par une arcade fibreuse et aux troisième et quatrième vertèbres sacrées en arrière, immédiatement en dedans de la partie inférieure de la symphise sacro-

iliaque. Constituées par des lames péritonéales qui recouvrent des fibres musculaires lisses, du tissu cellulaire des vaisseaux et des nerfs. On constate aisément chez les femmes enceintes ces ligaments par le toucher vaginal, car chez elle ils s'hypertrophient comme les parois de l'utérus.

Leur importance est considérable, mais s'il est évident qu'ils ne sont pas les seuls moyens de fixité de l'utérus et qu'à leur défaut comme l'a montré M. le professeur Richet, les ligaments larges et le péritoine pelvien s'opposeraient à son abaissement, on doit néanmoins les regarder avec Malgaigne et Tillaux comme les véritables organes suspenseurs de la matrice. Schultze a fait jouer un rôle prépondérant à ces ligaments dans la pathogénie des versions et des flexions de l'utérus.

Il résulte de ce qui précède qu'à l'état normal, chez la nullipare, l'utérus, quoique mobile dans la cavité pelvienne est maintenu solidement et ne peut être définitivement déplacé. On a cherché à déterminer la force nécessaire pour triompher de la résistance de ses attaches et dans une communication à la *Société de chirurgie* en avril 1859, Bastien et Legendre annonçaient que pour abaisser l'utérus à la vulve sur le cadavre où les ligaments ont perdu une bonne partie de leur force, ils avaient dû employer une traction de 20 à 25 kilogrammes et de 50 kilogrammes pour lui faire franchir la vulve. Toutefois de pareilles recherches ne sont pas concluantes et surtout elles n'autorisent pas la presque négation de la possibilité du prolapsus utérin comme l'a fait Gallard.

Pourtant il est certain qu'une rupture ou une modifica-

tion de texture des ligaments est obligatoire pour permettre à l'utérus de faire hernie à la vulve. Qu'est-ce qui amène dans cette destruction des attaches ou ces changements de résistance ? On peut répondre que dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, les grossesses et surtout les grossesses fréquentes doivent être mises en cause.

Lors de la gestation les ligaments s'hypertrophient : les ligaments ronds et larges acquièrent des dimensions remarquables, et si les ligaments utéro-sacrés se développent moins en longueur, leurs fibres musculaires augmentent cependant en nombre et en volume et il est possible de se rendre compte de cette hypertrophie par le toucher (Siredey), à l'étranger, l'école d'Edimbourg la recommande.

Mais il faut reconnaître que l'opération est difficile à exécuter, qu'une grande habileté de main et une connaissance parfaite du manuel opératoire sont nécessaires. Cependant, les auteurs s'accordent à reconnaître que bien exécutée elle a presque toujours donné de bons résultats.

Un autre procédé, différent des précédents, bien que comme eux il soit basé sur le rétrécissement du conduit vaginal, est le cloisonnement du vagin du professeur Le Fort.

Ce chirurgien avait remarqué que, dans le mécanisme du prolapsus, ce sont les parois vaginales antérieure et postérieure dans leur portion la plus voisine de la vulve qui apparaissent la première à cet orifice, puis viennent les parties plus élevées, la rectocèle et la cystocèle se constituent et enfin, si l'affection est prononcée, l'utérus ap-

paraît. On peut comparer ce qui se passe alors à ce qui se produirait si on retournait un doigt de gant aplati et comprimé en le refoulant par en haut.

« Il importait donc de les empêcher de s'écarter pour
« se porter l'une en avant, l'autre en arrière ; si on y arri-
« vait, c'était s'opposer à tout prolapsus. (Société de chi-
« rurgie, 14 fév. 1877)

L'utérus étant hors de la vulve, il fait sur la paroi antérieure et sur la paroi postérieure du vagin deux avivements de six centimètres de long sur deux de large, qui sont par une de leurs extrémités très rapprochés de la vulve.

Cela terminé l'utérus est réduit, on met les deux surfaces en rapport et on suture au fur et à mesure de la réduction de l'utérus. La femme est ensuite immobilisée et on attend la réunion qui ne tarde pas.

L'opération fut tentée pour la première fois en décembre 1876 ; les suites furent bonnes et la guérison survint sans aucun accident.

Pour achever de consolider le tout, le professeur Le Fort pratiqua une sorte de périnéorrhaphie qui vint compléter l'opération et augmenter la résistance des parties.

Cette opération ingénieuse offre sur les précédentes de très grands avantages. Ici le vagin est sérieusement rétréci et l'accolement de ces parois dans toute leur hauteur rend le prolapsus presque impossible à première vue ; pourtant il est arrivé que les deux vagins n'ont pas conservé leurs dimensions et l'un d'eux se dilatant de nouveau peu à peu, laissait au bout d'un certains temps l'uté-

rus arriver à la vulve. Et en effet la verticalité de la cloison ne permet d'opposer qu'une arrête à l'organe prolabé, au lieu d'un plan résistant ce qui est le desideratum.

D'un autre côté cette méthode a pour la femme des désagréments qui la lui font refuser parfois.

Un autre procédé qui n'a jamais été souvent employé et qui ne peut être utile d'ailleurs que dans les cas légers et chez les sujets à qui leur situation permet une existence sédentaire: il s'agit de l'intibulation, opération que sa simplicité rend sans danger mais qui n'offre qu'un plan bien lâche et bien faible aux pressions des parties prolabées.

C'est probablement Schœffer qui tenta le premier cette opération en 1856; il obtint un succès. Un peu plus tard Aran la renouvela deux fois sans succès; chez une de ses opérées le col utérin vint s'engager dans l'ouverture postérieure qu'on laissa à la vulve pour permettre l'écoulement des liquides, et s'étrangla.

Précédemment vers 1833, Fricke de Hambourg avait tenté un procédé du même genre, il avait fermé la vulve en avivant les grandes lèvres et les suturant. Les résultats furent bons immédiatement mais avec le temps ils se modifièrent et les accidents parurent accompagnés de complications. Les deux ouvertures que l'on laissait antérieurement et postérieurement pour permettre l'écoulement des liquides étaient le point d'élection de nouveaux prolapsus.

Nous arrivons maintenant à la perinéorrhaphie, procédé plus rationnel puisqu'il consiste à chercher le réta-

blissement d'une surface résistante dont la destruction, comme nous l'avons vu précédemment, est une des causes principales du prolapsus.

Je passerai en revue les principales méthodes qui ont été mises en pratique par les divers chirurgiens.

1° Procédé de Roux. — Toute la surface de la solution de continuité est avivée au bistouri ; on intéresse même sur une petite étendue la muqueuse du vagin dans le but de posséder une plus grande surface. On réunit les lèvres de la plaie après qu'on a placé trois fils doubles dont les uns forment une suture enchevillée maintenant les parties profondes en contact, tandis que les autres font des sutures entortillées destinées à rapprocher les bords de la plaie.

2° Procédé de Langenbeck. — L'opérateur avive avec des ciseaux les bords de la déchirure et de la cloison ; puis avec un bistouri il trace sur la partie intacte de cette cloison une incision semi-lunaire convexe en bas, puis on dissèque la lèvre supérieure de cette incision sur une étendue d'un centimètre environ et avec beaucoup de soin afin de ne pas intéresser le rectum. On place alors des points de suture entrecoupés, de chaque côté on suture le petit lambeau par quelques points : puis on serre les fils périnéaux.

L'auteur protégeait ainsi par une sorte de toit en arête ses surfaces avivées et rapprochées et les mettait à l'abri du contact des liquides vaginaux.

3° Procédé de Biffenbach. — Il ne se distingue guère de

celui de Roux que par deux incisions que le chirurgien fait de chaque côté du périnée pour remédier à la distension des parties sur lesquelles agissent les sutures.

4^o Procédé de Richet. — Le professeur Richet avive avec l'instrument tranchant les bords de la déchirure. Ceci fait il pratique sur la paroi postérieure du vagin une incision transversale. Il s'arrange de manière à n'intéresser que la muqueuse dans cette incision, il dissèque alors deux lambeaux triangulaires qu'il accole avec soin par leur surface éruentée, de manière à former une sorte de crête qui avance au-dessus de la plaie périnéale et la protège contre les sécrétions vaginales et les autres liquides.

Tous ces procédés ont des succès à leur actif, mais ils sont loin de pouvoir donner des résultats positifs dans tous les cas. Ils restaurent bien le périnée en effet, mais souvent d'une manière incomplète et lorsque déjà les tissus ont atteint un degré considérable de relâchement. Ils ont ensuite l'inconvénient de laisser les organes porter de tout leur poids sur le nouveau périnée, sans les refouler vers les parties supérieures du vagin. C'était un grand pas qui avait été fait pourtant, un autre ne tarda pas à suivre.

Les opérateurs divers songèrent à redonner autant que possible leur forme et leur résistance primitives au périnée et au vagin. Il ne resterait donc ainsi que les ligaments allongés ou détruits pouvant encore permettre le prolapsus. Or, il résulte de la constitution anatomique du bassin que le périnée possédant sa résistance ordinaire, le vagin sa tonicité et ses dimensions accoutumées, les

organes génitaux n'ont que bien peu de chances d'arriver au prolapsus. C'est ce but qu'on s'est efforcé d'atteindre par la colpopérinéorrhaphie, c'est-à-dire par la combinaison du rétrécissement du vagin et de la réfection du périnée.

Ici encore les auteurs ont varié dans la forme et l'étendue du lambeau ; cependant deux procédés surtout sont aujourd'hui employés : le procédé d'Hégar qui a le mérite de la simplicité, mais qui donne encore quelques mécomptes, et le procédé de Martin dont la disposition des lambeaux est peut-être un peu compliquée mais qui donne dans tous les cas opérables des résultats satisfaisants si l'opération a été bien exécutée.

Le procédé d'Hégar consiste à tailler sur la paroi postérieure du vagin un lambeau

Au moment de l'accouchement, pour peu qu'il soit difficile, que l'expulsion soit lente, qu'il y ait application maladroite du forceps, il n'y a rien d'étrange à ce que l'appareil suspenseur subisse, sinon un arrachement complet, du moins un allongement exagéré avec rupture de fibres nombreuses. Si de plus la nouvelle accouchée est mal soignée, si l'involution se fait mal, s'il reste de la métrite chronique, voilà tout autant de motifs pour expliquer le relâchement ligamenteux et une partie du processus de la future descente de matrice.

Sous l'action de ces diverses causes, la fibre musculaire se fragmente, la régression graisseuse s'en empare et au fur et à mesure de leur disparition, la force contractile et élastique du ligament diminue peu à peu.

En 1869, Emmet de New-Yorck, signalait la relation qui existe entre la déchirure du col et l'inflammation chronique des ligaments larges et utéro-sacrés. Sans doute c'est là encore une cause adjuvante de la perte de tonicité de ces liens. Dans ces dernières années Hégar et Kaltenbach dans un passage d'une obscurité tout allemande semblent avoir accusé cette même inflammation de la rétraction des ligaments utéro-sacrés. Il se produirait suivant qu'ils rétractent ou se relâchent un allongement hypertrophique du col ou un prolapsus.

Dans d'autres cas, on pourrait accuser un processus différent. Si on se rappelle que Simpson et Courty ont signalé plusieurs cas de supernivolution très marquée, il est rationnel d'admettre que chez certains sujets les fibres musculaires ligamenteuses ont pu, sous la même influence et à la suite de l'accouchement naturel, s'atrophier au point de diminuer profondément la tonicité des ligaments.

Pour que la descente de l'utérus s'effectue il faut donc une rupture ou un allongement de ses attachés, et cette rupture ou cet allongement sont le fait de l'accouchement difficile et de ses suites pathologiques.

PLANCHER PÉRINÉAL

Une fois la matrice débarrassée de ses soutiens et n'adhérant plus aux organes voisins que par un tissu lâche et sans résistance, il semble qu'il ne lui reste plus qu'à

faire hernie à la vulve et c'est ce qui se ferait en effet si le périnée n'existait pas.

Placé à la partie inférieure du bassin, le plancher périméal, très solide en même temps qu'élastique, soutient les divers organes de la cavité pelvienne, tout en subissant et entrebalançant la pression abdominale. Élastique il cède devant cette pression et s'abaisse plus ou moins suivant son énergie, lorsqu'elle cesse il reprend sa position première. Sa structure particulière lui donne une grande résistance que, seuls des efforts exagérés peuvent faire céder.

Aproprement parler, c'est sur le péritoine que s'exerce d'abord la pression abdominale, comme sur une membrane tendue d'une paroi du bassin à l'autre. Au moment de l'effort la paroi antérieure de l'abdomen se porte en avant, les replis péritonéaux se tendent, et diminuent ainsi la pression sur la vessie et l'utérus, et partant sur le périnée.

Mais chez les vieilles femmes, chez les multipares dont l'âge et les grossesses nombreuses ont donné aux tissus abdominaux cette atonie, cette flaccidité caractéristiques : le péritoinene peut plus se tendre et la pression s'exerce plus considérable sur les organes du petit bassin. Il faudrait donc un périnée plus solide, or, comme nous le verrons plus loin, c'est souvent le contraire qui existe.

Le périnée est composé de muscles et d'aponévroses divers disposés sur des plans superposés : je ne m'arrêterai pas à décrire ici leur arrangement particulier ; il suffit de savoir que ces seuls agents de résistances importants sont 1° l'aponévrose moyenne du périnée ; 2° le muscle

releveur de l'anus. Le rôle et la valeur de la première sont connus ; le second paraît devoir jouer un grand rôle dans la genèse des prolapsus vaginaux, grâce aux travaux de M. Budin et à la thèse de Varnier.

A première vue le plancher périnéal semble se trouver dans les conditions les plus défavorables ; non seulement dans presque toutes les positions du corps c'est lui qui supporte la plus grande partie de la pression abdominale, mais encore il est percé d'orifices qui diminuent sa résistance et paraissent devoir permettre la hernie des viscères. Ceci n'a pourtant pas lieu et on comprend vite pourquoi lorsqu'on examine la structure des bords de ces orifices, autour d'eux les tissus constituent des sphincters qui empêchent toute communication entre ces cavités et le milieu ambiant et les ferment si complètement qu'en somme tout se passe comme si elles n'existaient pas.

Il y a indépendance absolue entre la pression extérieure et la pression intra-abdominale. D'ailleurs deux des trois canaux qui traversent le diaphragme pelvien ne peuvent guère laisser passer les viscères : l'occlusion de l'urèthre est absolue grâce à sa richesse en fibres musculaires et à son calibre réduit ; quand au rectum il n'est jamais distendu à outrance et la puissance du sphincter anal est généralement suffisante.

Reste le vagin. Ici l'occlusion est moins bien assurée. D'abord le diamètre du canal est considérable, il est soumis à de nombreuses causes de dilatation parmi lesquelles l'accouchement est la plus dangereuse, souvent il se produit alors des traumatismes qui modifient pour toujours ses propriétés.

Cependant à l'état physiologique le vagin est suffisamment fourni en moyens de fermeture. D'abord ce n'est un canal que virtuellement, les parois étant toujours appliquées les unes contre les autres et dessinant en quelque sorte un H. La pression abdominale contribue à les accoler fortement et par suite de leur disposition plus elle augmente, plus l'adhérence des parois vaginales devient intime. Le vagin en effet n'est pas perpendiculaire ; dans la station debout il forme avec l'horizon un angle de 60° et presque tous les organes sur lesquels s'exerce la pression abdominale sont situés en avant de son extrémité supérieure. La direction de cette pression est en quelques points perpendiculaire, dans le plus grand nombre elle est oblique d'avant en arrière et de haut en bas ; leur somme a pour résultat immédiat d'appliquer la paroi antérieure du vagin contre le postérieure en abaissant légèrement toute la masse.

Les colonnes vaginales et leurs ramifications contribuent aussi puissamment à l'occlusion vaginale. A leur partie inférieure elles constituent deux coussins élastiques qui viennent s'accoler en s'élargissant au fur et à mesure que croît l'effort.

Enfin les muscles voisins ne doivent pas être oubliés ; le releveur de l'anوس attire en avant et en haut la portion postéro-inférieure du vagin : le constructeur joue le rôle de sphincter et chez les jeunes filles l'hymen complète le système obturateur.

Il faut de toute nécessité que quelques uns de ces agents d'occlusion, sinon tous, soient modifiés pour qu'il y ait descente de matrice. Le poids de l'utérus ne saurait vain-

cre un obstacle insurmontable pour la pression interne. Et en effet ce qui disparaît dans sa résistance c'est le segment périnéal compris entre l'anus et le vagin et la contractilité des parois vaginales, et ici encore c'est dans la parturition difficile et fréquente que la cause doit être cherchée.

On sait avec quelle fréquence le périnée se déchire dans ces cas; les raisons en sont diverses et on a incriminé la primiparité, la résistance du périnée, l'étroitesse de la vulve, le volume exagéré de la tête du fœtus, les efforts violents d'expulsion, l'emploi maladroit du forceps, etc...

Quoi qu'il en soit il conserve rarement son intégrité; d'après Mewis il y a solution de continuité dans une moyenne de 37. 6 p. 0/0, Schrenck va jusqu'à 36. 6 p. 0/0 chez les primipares et 8 0/0 chez les multipares, et s'il faut en croire Olshausen la déchirure serait beaucoup plus fréquente encore, bon nombre passant inaperçues.

Mais la plupart n'ont aucune importance pour notre sujet; la majeure partie sont incomplètes, c'est à-dire limitées à la fourchette et atteignent à peine le sphincter. Les modifications dans la puissance du périnée qui leur sont consécutives n'ont qu'une minime importance et ne doivent pas nous arrêter.

Mais d'autres sont plus considérables; elles comprennent une bonne portion du périnée et vont parfois jusqu'à la cloison recto-vaginale. Ce sont elles qui facilitent le prolapsus de la matrice mal soutenue, en détruisant la résistance du diaphragme pelvien, en sapant pour ainsi dire l'édifice par la base. Le segment postérieur sur le-

quel tous les organes du petit bassin viennent en définitive prendre un point d'appui n'existe plus : le vagin de cavité virtuelle devient cavité réelle et agrandie, ses moyens principaux d'occlusion ont disparu et il laisse forcément passer les viscères.

Pourtant on a beau chercher chez plusieurs malades, trace de déchirure, on n'en trouve pas. La femme confesse bien quelque accouchement plus laborieux au milieu des autres, mais elle assure n'avoir jamais eu le périnée déchiré. Qu'on examine alors sérieusement les parties et on sera frappé de la brièveté du périnée et de l'agrandissement de l'orifice vulvaire. Dans toutes les observations où celui-là a été mesuré, comme dans bon nombre de celles rapportées dans le savant travail de M. le Professeur Trélat paru dans *les Annales de Gynécologie* on remarque une notable diminution d'étendue.

Chez ces sujets, il n'y a pas eu de déchirure apparente ou si elle s'est produite, elle a été très légère; mais il y a eu déchirure sous-cutanée, si je puis m'exprimer ainsi ; les parties qui faisaient obstacle s'étant rompues sans que la peau, ni la muqueuse fussent lésées et ayant ainsi profondément atteint la résistance périnéale sans qu'aucun phénomène bien net vint attirer l'attention de ce côté.

Le releveur de l'anus forme au niveau du plancher pélvien une boutonnière à grand diamètre antéro-postérieur ; chez certaines femmes ce muscle est très développé, très puissant et lorsque sous l'influence de la poussée le coccyx cède lentement en reculant, les lèvres de cette boutonnière se tendent de plus en plus et opposent une barrière

presque infranchissable à l'expulsion du fœtus. La tête sera arrêtée au niveau du plancher périnéal et alors ou une violente contraction utérine surmontera la résistance du muscle, ou bien les efforts de la parturiente restant impuissants, on aura recours au forceps et ce ne sera qu'en déployant une force considérable et après un long temps que l'opérateur parviendra à dégager la tête. Dans un cas rapporté par M. Budin dans une de ses leçons, ce ne fut qu'après vingt-cinq minutes qu'on put vaincre l'obstacle créé par un développement exagéré du releveur de l'anus.

Or, dans ces cas, il arrive que l'obstacle cède tout d'un coup ; il n'y a donc pas dilatation lente de l'orifice de sortie, mais rupture soudaine des fibres qui s'opposaient à l'expulsion du fœtus, et cette rupture succède à une poussée violente de la femme ou à une traction brusque du forceps. Cela n'a rien d'étonnant si on veut se rappeler les diverses observations que M. Budin a publiées dans ces recherches sur le rôle du releveur de l'anus. Une femme qui possédait le privilège de contracter à volonté le *levator ani* vit cette propriété diminuer d'une façon notable à chaque accouchement pour cesser enfin tout-à-fait. Dans un autre cas, la femme disposait aussi de la libre contraction du muscle, elle accoucha d'un enfant mort (présentation pelvienne, mode des fesses) ; il n'y eut qu'une déchirure de la fourchette, la peau du périnée resta intacte, mais la contraction volontaire ainsi que la constriction involontaire disparurent à tout jamais.

Cette rupture des fibres est devenue classique dans le

traitement du vaginisme supérieur ; c'est la base des moyens employés par Tilt et Hégar.

M. Budin a, du reste, dit la même chose dans une récente leçon (*Semaine médicale*, 17 octobre 1888) : « Le releveur de l'anوس finit par céder et laisser passer la tête ; mais quelquefois le périnée se déchire en totalité ; il arrive même que le releveur se rompt, bien que la peau reste tout-à-fait intacte. »

Il est une portion du plancher périnéal, limitée en arrière par le rectum, en avant par la paroi postérieure du vagin, en bas par l'espace compris entre l'anوس et la vulve ; elle affecte la forme d'un triangle rectangle dont l'hypothénuse constituerait la paroi vaginale postérieure. C'est cette partie qui est plus ou moins détruite par les traumatismes précédents.

Or, nous avons vu déjà que de ce triangle dépend la solidité périnéale : c'est sur son bord antérieur que viennent s'appuyer les organes pelviens les plus importants et surtout la vessie. Lui disparu, il ne restera pour s'opposer à la cystocèle que la paroi antérieure dont les fibres sont presque toujours atteintes dans leur résistance.

Composée d'une tunique de tissu conjonctif abondamment pourvue d'éléments élastiques et au-dessous de cette membrane d'une couche musculaire formée de faisceaux annulaires extérieurs et de faisceaux longitudinaux internes. La paroi vaginale n'est douée que d'une résistance relative à l'état normal, que devient-elle lors de déchirure du périnée, puisque celle-ci entraîne à sa suite la subinvolution vaginale et même la subinvolution utérine, d'après Galiard Thomas.

La vessie n'est unie aux parties voisines que par un tissu cellulaire très lâche ; ses seuls moyens de fixité sont quelques fibres musculaires peu développées qui l'attachent à la symphise pubienne et connu sous le nom de ligaments vésico-pubiens.

Toutes les pressions qu'elle supporte sont obliques en arrière et en bas et tendent à la faire glisser derrière le segment pubien. Tant que le périnée est intact l'organe ne se déplace que momentanément, détruit ou diminué il le laisse distendre la paroi vaginale antérieure et faire hernie entre les lèvres de la vulve, ce qui constitue la cystocèle.

Normalement la pression abdominale ne se fait pas sentir sur le rectum, puisqu'il n'est en somme qu'une cavité virtuelle. Mais l'état normal est peut être l'exception chez la pluralité des femmes. Pour des raisons multiples et presque toutes de convention la femme va rarement à la selle ; beaucoup laissent écouler de cinq à huit jours entre chaque défécation et ce qui n'est d'abord que sotte pudeur devient rapidement une habitude.

La sensibilité de la muqueuse, point de départ du besoin de déféquer, s'épuise vite ; les couches musculaires chroniquement enflammées et atteintes de dégénérescence de leurs fibres se laissent distendre et les petites distensions rectales acquièrent un volume démesuré et emmagasinent une quantité colossale de matières. Nous ne sommes plus ici en face d'une cavité virtuelle, mais d'une cavité réelle et pleine dont la surface subit les pressions abdominales. Non seulement la cloison recto-vaginale est rejetée en avant, mais encore l'utérus est pressé

sur sa face postérieure et les ligaments utéro-sacrés déjà malades bien souvent soumis à un allongement lent et continu.

Que chez un tel sujet une rupture du périnée vienne à se produire, et on comprend aisément combien la paroi antérieure du rectum ayant perdu son soutien le plus efficace tendra à descendre et à venir faire hernie elle aussi entre les grandes lèvres où elle forme la rectocèle.

Mais un troisième organe et le plus important prend lui aussi un mouvement de descente et si, sur une femme debout, on écarte les bords de la tumeur bilobée qui forme la cystocèle et la rectocèle on trouve l'utérus plus ou moins abaissé tandis que dans des cas plus avancés, on trouve l'utérus entre les cuisses.

Soumis à des pressions dont la somme tend à l'abaisser perpendiculairement, cet organe privé de ses moyens d'attache, repose sur le plancher périnéal. Celui-ci modifié dans sa résistance, il s'engage entre les parois vaginales, obéissant à la pression interne à son propre poids et aux tractions que la cystocèle et la rectocèle exercent sur la portion cervicale par l'intermédiaire des insertions; et il chemine lentement, si est encore maintenu par quelques attaches, brusquement si un effort violent vient achever leur rupture et précipiter la matrice au dehors.

PROLAPSUS CHEZ LES NULLIPARES

Il existe pourtant des cas, peu nombreux il est vrai, où le prolapsus ne peut être mis sur le compte des causes diverses que nous venons de passer en revue. Ainsi lorsqu'il apparaît chez les nullipares, chez des vierges. On en rencontre quelques observations chez les auteurs et je ne puis mieux faire que de rappeler ici celle que citait M. le Prof. Trélat, dans une leçon sur le prolapsus (*Annales de Gynécologie*, mai 1888). Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, n'ayant jamais accouché, mais avorté à 3 mois sans complications; pâle, blonde, lymphatique, syphilitique, elle avait été brutalement déflorée à 18 ans. « Chez elle le corps périnéal ne forme plus un plan résistant solide et ferme, il est réduit à une bande mince et étroite dont les doigts placés dans l'anus et le vagin perçoivent nettement la débilité. L'orifice anal est manifestement relâché, il existe de la cystocèle et de la rectocèle. »

Ici nous ne pouvons pas incriminer l'accouchement qui fait défaut; le périnée n'existe pour ainsi dire plus, pourtant il n'y a eu aucun motif à déchirure; qu'est-ce donc

qui a pu relâcher sinon détruire les attaches de l'utérus et enlever sa résistance au périnée?

On remarquera d'abord que les causes d'inflammation chronique n'ont pas manqué, sans compter cette sorte de viol qui a pu endommager certains muscles du périnée; la jeune femme est lymphatique, sujette aux flueurs blanches, la fausse couche n'a fait qu'aggraver la situation et la syphilis, brochant sur le tout, avec ses accidents à répétition n'a pas peu contribué à affaiblir le pouvoir musculaire. Mais c'est ailleurs qu'il faut chercher.

Il est communément admis aujourd'hui que les hernies sont dues le plus souvent à une faiblesse congénitale des muscles des parois de l'abdomen, aussi l'hérédité a-t-elle un grand rôle dans cette affection. De même que les muscles abdominaux; ceux du périnée et les ligaments qui soutiennent les organes du petit bassin sont chez certains sujets, frappés d'une faiblesse de développement et n'existent pour ainsi dire qu'à l'état rudimentaire. Aussi, il y a quelques années, un chirurgien anglais Doran, insistait-il sur ce point qu'il semble y avoir une disposition héréditaire congénitale aux prolapsus du vagin et de l'utérus. Que ces personnes soient soumises à l'action d'agents affaiblissant encore ces organes, que leur profession exige des efforts violents et répétés et la masse intra-abdominale ne trouvant plus qu'une barrière naturellement insuffisante, rompra les dernières fibres qui s'opposent au prolapsus: la femme ressent une douleur aiguë au bas ventre, pousse un cri; lâche son fardeau et tombe. Quand elle se relève le prolapsus est constitué.

La vieillesse peut aussi diminuer la tonicité des muscles

du périnée et des attaches de l'utérus, sous l'action de l'âge il y a une sorte de régression des fibres musculaires et le plancher périnéal, les parois du vagin acquièrent un degré de laxité tel qu'elle ne peuvent aucunement s'opposer à la chute des organes. Toutefois il faut remarquer que cela ne se produit en général que chez les multipares dont le périnée et les ligaments utérins ont subi précédemment des atteintes dans leur solidité. Aussi n'est-il pas rare de voir le prolapsus apparaître peu à peu chez de vieilles femmes dont le dernier accouchement remonte parfois à vingt ans et plus.

CAUSE EFFICIENTE

Mais toutes les causes que nous avons examinées, bien qu'elles soient les seules importantes au point de vue du traitement, ne sont que des causes secondaires, sans lesquelles le prolapsus ne saurait se produire, mais incapables par elles-mêmes d'amener la descente de la matrice. C'est ce que M. le professeur Trélat a clairement démontré dans une de ces brillantes leçons : (*Gazette des Hôpitaux*, 5 janvier 1888).

« Ces prolapsus, dit-il, se présentent comme des hernies de force prédisposées par la grossesse, par l'accouchement, par la constitution naturelle sous une influence musculaire. J'ajoute que ces diverses prédispositions sont insuffisantes et qu'il faut en plus à une heure, à un moment donné un effort quelconque, le-

« quel détermine alors un déplacement subit des organes génitaux. »

L'effort peut être plus ou moins violent, plus ou moins continu, de même que les obstacles ou prolapsus peuvent être plus ou moins conservés. Aussi la chute de la matrice se produit-elle tantôt brusquement et d'un seul coup, tantôt lentement et peu-à-peu.

Chez les femmes astreintes à un travail pénible et exigeant de violents efforts, par exemple les porteuses de pain, les ouvriers de la campagne, etc... le prolapsus brusque est très fréquent. Chez celles dont le métier exige la station debout : les blanchisseuses, les marchandes des quatre-saisons etc... la descente de matrice se produit plus lentement, mais atteint ses extrêmes limites ; enfin chez les personnes qui peuvent se passer de tout travail et éviter les efforts, le prolapsus ne se produit que difficilement et lentement à moins que tous les obstacles à la chute n'aient entièrement disparu.

En résumé pour que le prolapsus se produise, il faut :

- 1° Que les ligaments utérins et particulièrement les utéro-sacrés aient perdu leur résistance ou soient atteints de faiblesse congénitale.
- 2° Que le périnée ait été déchiré, ce qui revient au même que le plan musculaire sous-jacent ait été rompu ou se soit naturellement à peine développé.
- 3° Enfin qu'un effort, soit brusque et violent, soit lent, continu ou à répétition s'exerce sur les organes du petit bassin.

De plus la Cystocèle et la Rectocèle précèdent presque

constamment le prolapsus utérin et y contribuent puissamment.

Il nous reste maintenant à examiner quel est le moyen le plus pratique de remédier à cette affection. Le problème qui se pose est celui-ci : Comment obvier au relâchement ou à la destruction des attaches de l'utérus et au défaut de résistance du périnée ?

Comme on ne peut guère agir que par le canal vaginal, c'est de ce côté qu'ont porté tous les efforts depuis la plus haute antiquité et deux modes de traitement tendant tous deux à suppléer au manque de périnée, l'un en le remplaçant par un appareil spécial, l'autre en le restaurant par une opération, se partagent aujourd'hui les suffrages.

Pessaires. Le premier système est très ancien et on peut dire qu'il remonte à Hypocrate sinon plus loin. C'est ainsi que le médecin grec introduisait dans le vagin des plantes plus ou moins actives, préalablement enveloppées de linge de manière à former un tampon. Une peau d'orange rembourée d'étoupe agissant à la fois comme contentif et astringent est aussi conseillée par lui.

Enfin dans des cas plus graves il maintenait la matrice avec une grenade enveloppée de linge et chauffée dans du vin qu'il immobilisait avec un bandage approprié.

Pendant de longs siècles les maladies des femmes furent l'apanage des matrones et des sorciers. L'utérus était alors considéré comme un animal fort capricieux ayant une vie distincte de celle de la femme, et comme on supposait dans les cas de prolapsus que l'utérus voulait sor-

tir, on posait dessus des rats, des crapauds et d'autres bêtes immondes pour lui faire peur et le forcer à rentrer. On avait aussi recours à la méthode des parfums dont on trouverait peut-être encore des vestiges au fond de certaines provinces arriérées.

Au XVI^e siècle nous retrouvons enfin des instruments de formes variables entre les mains d'A. Pari et de Moraud qui les emploient au traitement du prolapsus. — Telle est l'origine des pessaires. Depuis les formes se sont multipliées et il n'est pour ainsi dire pas de gynécologue qui n'ait créé une disposition nouvelle ou apporté une modification aux modèles préexistants.

Je me contenterai de citer les principaux.

Dans les pessaires destinés à remédier au prolapsus on peut établir deux grandes divisions suivant qu'ils prennent leur point d'appui sur les parois du vagin ou bien au dehors sur une ceinture *ad hoc*.

Dans la première catégorie on peut ranger :

- 1° Le pessaire en *bondon* ou cylindrique en caoutchoux de Velpeau.
- 2° Le pessaire de *Cloquet*, différant du précédent en ce qu'une courbure le moule sur le vagin.
- 3° Le pessaire en *gimblette*, à bords mousses et renflés, percé de trous.
- 4° Le pessaire en *raquette* de Hervez de Chégoin de forme quadrangulaire avec une courte tige faisant saillie au dehors quand l'instrument est en place.
- 5° Le pessaire de *Gariel* constitué par un ballon de caoutchouc ou par un anneau de la même substance et

dont l'ouverture munie d'un robinet permet de le gonfler après son introduction dans le vagin.

6° Le pessaire de *Zwanck* composé de deux ailes assez larges et percés d'un orifice qui s'écartent dans le vagin à l'aide d'une clef ou par le rapprochement de deux tiges.

7° Le pessaire de *Greenhalgh* avec barres transversales.

8° L'élytromochlion de *Kilian*.

9° Le pessaire anneau de *Dumontpallier*.

10° Le pessaire de *Hodge* plus employé dans les déviations.

Dans la seconde catégorie nous citerons :

1° Le pessaire de *Cutler*, tige métallique portant une extrémité en caoutchouc sur laquelle s'appuie l'utérus, tandis que l'autre recourbée derrière le coccyx vient se fixer à une ceinture.

2° Le pessaire redresseur de *Valleix* composé d'un plastron abdominal d'où part une tige recourbée s'articulant avec un pessaire de caoutchouc souple muni d'une tige intra-utérine.

3° Le redresseur interne de *Nélaton*.

4° La ceinture de *Becquerel*.

5° Le pessaire à air de *Bourgeaud*.

6° L'hystérophore de *Borgniet*.

7° L'hystérophore de *Dumontpallier*.

Tous ces instruments peuvent dans des cas déterminés rendre quelques services, mais presque toujours leur usage

est dangereux et aggrave peu à peu la maladie au lieu de l'améliorer.

Les pessaires jouent en effet le rôle de corps étrangers dans le vagin et peuvent provoquer des vaginites, quelquefois des ulcérations, des perforations. L'instrument est difficile à placer pour la malade et si la déchirure du périnée est étendue, il tombe au moindre effort, parfois dès que la femme marche ; pour éviter les dangers consécutifs à sa présence, il faut que la femme se soumette à la plus minutieuse propreté et qu'elle fasse des injections abondantes et fréquentes.

Les appareils qui prennent leur point d'appui sur le paroi vaginale, agissant d'une manière continue sur une surface dilatable finissent par donner à la cavité vaginale des dimensions considérables. C'est ainsi que Marion Sims cite dans sa Chirurgie Utérine le fait d'une personne qui portait un pessaire de 23 cent. de circonférence.

Quant aux pessaires à point d'appui extérieur, ils glissent par leur partie postérieure sur la concavité du sacrum et souvent il leur arrive de basculer ; aussi pour être réellement utiles doivent-ils être construits de manière à produire une pression puissante qui peut devenir dangereuse. De plus les dangers de traumatisme sont forcément nombreux et il résulte du port de l'appareil une gêne considérable.

En présence des dangers et du peu d'utilité que les pessaires ont dans tous les cas, mais principalement dans les cas graves, a-t-on du songer à trouver des moyens de traitement plus efficaces et les chirurgiens ont songé à s'opposer au prolapsus en lui créant un point d'appui.

C'est ainsi qu'ils ont été amenés à rétrécir le vagin, à le cloisonner, à rétrécir la vulve, et enfin à combiner ces diverses opérations de façon à restituer à la malade un périnée assez résistant pour supporter le poids des viscères.

Tout d'abord on chercha à diminuer le calibre du vagin dans cette pensée que l'utérus ne pourrait plus descendre et que les principaux dangers de l'affection seraient écartés. De nombreuses méthodes furent mises en avant; le point sur lequel portait l'opération et les moyens employés varièrent avec les opérateurs.

Vers 1828, Gérardin appliquait la cautérisation de la muqueuse vaginale au traitement du prolapsus; dix ans après, Longuet cherchait le même résultat par la même voie; mais il se servait de l'acide nitrique, tandis que Velpeau essayait l'opération avec l'aide du cautère actuel.

A cette méthode par la cautérisation on donna le nom d'*Héphestiorraphie*.

D'autres chirurgiens, parmi lesquels Bellini, obtenaient le rétrécissement en plaçant des sutures fortement serrées et très rapprochées sur la face antérieure de la muqueuse, et leur donnait la forme d'un V. Au bout de quelque temps la réunion s'opérait.

Tous ces procédés ne furent en somme appliqués que dans des cas relativement peu nombreux. Les dangers qu'il y avait alors à opérer dans la cavité vaginale, les difficultés des opérations, les douleurs qu'elles occasionnaient, et il faut le dire, le peu de cas où l'amélioration

eut été définitive, empêcha les praticiens d'appliquer ce traitement à un grand nombre de malades.

Je dois aussi citer en passant le procédé imaginé par Desgranges, et qui consistait en des plis longitudinaux faits sur sa muqueuse vaginale et saisis avec de fortes ériges qui restaient en place jusqu'à ce que la réunion des deux bords et le sphacèle des parties comprimées fut obtenu... Cette méthode dangereuse et douloureuse n'eut aucun succès et fut aussitôt abandonnée.

Marshall-Hall se trouvant en présence de malades chez qui la dilatation vaginale rendait les pessaires inutiles, songea à obvier à cette laxité en excisant une bande de muqueuse large de 2 cent. $\frac{1}{2}$ et s'étendant depuis la vulve jusqu'au col utérin. L'abaissement complet de l'utérus lui rendait l'opération facile ; il rapprochait alors les deux lèvres de la plaie avec des sutures au fur et à mesure de la réduction du prolapsus.

Avant lui un chirurgien allemand avait aussi enlevé un lambeau longitudinal de muqueuse dans le même but, mais il n'avait pas cherché le rapprochement des lèvres de la plaie.

Ce procédé fut modifié par Velpeau qui enleva deux bandes en ayant soin d'en prendre une sur la paroi antérieure du vagin, l'autre sur la paroi postérieure. Il s'opposait ainsi jusqu'à un certain point à la cystocèle et à la rectocèle.

Vers 1856, Marion Sims modifia encore la forme et le nombre des lambeaux qu'il réduisit à un seul pris sur la paroi vaginale antérieure, ovale ou quadrilatère et intéressant presque toute cette surface. M. Sims obtint des

succès qui encouragèrent d'autres chirurgiens à tenter l'opération ; dans bien des cas ils échouèrent, soit que l'ignorance des procédés antiseptiques, ou l'application à des cas pour lesquels ce traitement est inutile, en fut la cause. Aujourd'hui encore cette méthode est reprise dans certains cas avec succès ; mais il faut bien savoir que c'est surtout aux femmes atteintes de cystocèle très prononcée que l'opération de Sims est applicable. Le sujet pour lequel le procédé fut mis en pratique pour la première fois et avec succès, présentait une cystocèle très volumineuse qui attirait en bas la matrice. La rectocèle n'était pas prononcée.

Dans la suite Marion Sims modifia son procédé. Il fit sur la face antérieure un avivement composé de deux bandes qui, commençant près de l'extrémité antérieure de la vulve, par un même point, divergeaient ensuite sur le côté pour atteindre presque le col utérin. C'est l'avivement connu sous le nom d'avivement en V ou en truelle. Les résultats furent d'abord favorables : au bout de quelque temps quelques chutes de l'utérus se reproduisirent ; c'est alors que Marion Sims, voulant rétrécir davantage, surtout auprès du col, ajouta au sommet des branches du V, deux petits lambeaux rentrants qui se dirigent l'un vers l'autre.

Emmet a souvent opéré ses malades de cette façon et avec succès, et elle est encore employée aujourd'hui. .

.

On intéresse avec soin toute l'étendue de la déchirure et on la dépasse même un peu pour obtenir un périnée

plus épais, partant plus résistant. Puis on place deux étages de suture, profondes et superficielle, et une fois la réunion obtenue on est en présence d'un nouveau périnée sur lequel ne viennent pas directement prendre appui les organes prolapsés puisque grâce à l'avivement en triangle de la muqueuse postérieure, la cloison recto-vaginale, qui joue un rôle si important dans la production du prolapsus, est rétablie et permet de nouveau l'occlusion de l'utérus.

Malheureusement il arrive trop souvent que les parois vaginales, qui sont rétrécies du haut vers le bas, laissent l'utérus s'engager de nouveau dans ce conduit; pressant constamment sur les parois il arrive de nouveau à les distendre et le prolapsus est reconstitué. Aussi l'opération d'Hégar dont le grand avantage est, comme nous l'avons dit déjà, d'être simple et facile s'est-elle vu préférer par beaucoup de praticiens l'opération de Martin qui, quoique un peu moins commode, semble donner de forts beaux résultats s'il faut en croire les auteurs et s'il m'est permis de me rapporter aux cas que j'ai eu l'honneur de voir traiter suivant cette méthode par M. le docteur Picqué à l'Hôpital Pascal, pendant qu'il y remplaçait le docteur Pozzi.

Le chirurgien allemand s'est efforcé de donner au vagin un calibre qui ne permit pas aux organes prolapsés de descendre de nouveau après leur réduction, et au périnée une épaisseur et par conséquent une résistance suffisante pour qu'il puisse lui aussi s'opposer à la reproduction du déplacement. Pour cela il enlève sur les parois latérales deux bandes de muqueuses s'étendant depuis le bord de la vulve jusque près du col, ces deux lambeaux

empiètent un peu sur la paroi postérieure; il avive les bords de la déchirure, en formant une sorte de fer à cheval dont les branches se prolongent en avant en intéressant une partie de la muqueuse et de la peau saine; en arrière et surtout la portion comprise entre les deux branches montantes, la surface d'avivement acquiert une étendue de près du double; réédifiant ainsi une fois la réunion obtenue, une cloison recto-vaginale d'une bonne épaisseur pouvant s'opposer à la rectocèle et offrir un point d'appui aux efforts abdominaux.

La femme qui doit être opérée est soumise pendant deux ou trois jours à un traitement préalable, de manière à obtenir l'asepsie de la cavité vaginale, et le vide de l'intestin. A cet effet on pratique plusieurs fois dans la journée, des injections abondantes de liquides antiseptiques, le sublimé par exemple, puis on remplit le vagin avec des tampons d'ouate ou de gaz iodoformée. Le rectum est vidé avec des lavements et la veille de l'opération la malade est soumise à la diète.

Enfin le matin même du jour où elle sera opérée, on rase les parties avec soin, on les soumet de nouveau à d'abondants lavages antiseptiques qui s'étendent aussi loin que possible.

La femme ayant été endormie, on lui donne la position opératoire, le bassin soulevé, les jambes écartées, les genoux fléchis et maintenus par des aides. L'opérateur ayant alors fait écarter les parties et fixé l'utérus dessine son lambeau périnéal en lui donnant la forme et les dimensions indiquées précédemment, il taille ensuite les deux bandes de muqueuse et les avive en ayant bien soin comme

pour la première surface, de n'enlever que la muqueuse, mais de l'enlever toute entière sans en laisser aucun point qui pourrait compromettre l'avenir de l'opération.

Ceci une fois terminé, il ne reste qu'à laver la plaie avec une solution antiseptique et poser les sutures. Les bords de chacune des branches montantes sont réunis à part, c'est-à-dire que chaque lambeau est réuni de son côté sans être appliqué contre son congénère comme dans l'opération du Prof. Le Fort. Il n'en est pas de même de l'avivement périnéal; ici le fer à cheval est plié en deux, et ses branches appliquées l'une contre l'autre sont réunies bord à bord. Une fois les sutures profondes et les sutures superficielles posées, et l'utérus réoccupant sa position primitive ou à peu près, il ne reste plus qu'à laver la cavité, et à ramener l'opérée dans son lit, on immobilise les cuisses et les jambes. Au bout de quelques jours la réunion est obtenue et les sutures peuvent être enlevées vers le 7^e ou le 8^e jour.

En résumé, la rupture des ligaments et en particulier des ligaments utéro-sacrés, la déchirure sanglante ou sous muqueuse du périnée, et l'élargissement du vagin étant les causes occasionnelles et importantes des prolapsus vaginaux; c'est contre le plus grand nombre de ces causes qu'il faut s'efforcer d'agir. Nous avons vu que les pessaires, quelles que soient leur forme et leur disposition, ne peuvent rendre que des services momentanés et dangereux, tout en aggravant l'affection. Il ne reste donc que les opérations chirurgicales dont on puisse espérer la guérison ou au moins l'amélioration durable.

On a reproché à la chirurgie de soumettre les malades aux chances d'opérations dangereuses. C'est là une imputation qui tombe d'elle-même devant les faits, et les statistiques des divers auteurs sont là pour démontrer l'innocuité de l'intervention chirurgicale. Lorsque l'antisepsie était inconnue ; il pouvait en effet y avoir danger à porter le bistouri ou les ciseaux dans ses parties ; mais aujourd'hui où l'on opère avec des précautions minutieuses et où l'on arrive bien mieux que jadis à mettre les bonnes chances de son côté, l'avivement du vagin et de la vulve est certainement une des moins dangereuses opérations.

On a encore reproché à la chirurgie de ne pouvoir supprimer la principale cause du prolapsus ; la rupture des ligaments utéro-sacrés. Il faut avouer que tenter une opération dans ce sens, serait vouloir soumettre à des dangers de mort certains et nombreux une malade dont l'affection peut-être désagréable et douloureuse, mais ne lui fait courir en somme aucune chance d'issue funeste. D'ailleurs la chirurgie fait chaque jour de très grands progrès, et il n'est pas impossible qu'un chirurgien ne remplisse un jour ce *desideratum*.

Parmi les divers modes opératoires que nous avons passés en revue, nous laisserons de côté les méthodes diverses qui n'ont donné que dans un petit nombre de cas des résultats satisfaisants, et tout en reconnaissant que l'avivement de Hégar peut être utile, nous lui préférons dans les cas opérables le procédé de Martin.

OBSERVATION I (*inédite*)

*Prolapsus de l'utérus ancien. — Colpopérinéorrhaphie. —
Guérison d'après la note de M. le Dr Picqué*

La nommée L. Julie, 30 ans, journalière, entre le 19 juin 1888, à l'hôpital Pascal, salle A, n° 17.

Antécédents. — 3 grossesses, 1 fausse couche ; 1^{re} grossesse à 18 ans ; accouchement normal ; 2^e grossesse à 24 ans ; accouchement normal ; s'est levée au 10^e jour ; 3^e grossesse à 27 ans ; s'est levée au 6^e jour et a repris de suite ses occupations. La fausse couche intermédiaire entre la 2^e et la 3^e grossesse s'est effectuée à 4 mois ; la malade s'est levée également au 6^e jour et n'a jamais ressenti de douleurs abdominales.

Pas de metrorrhagie ni de leucorrhée.

Depuis sa dernière couche, c'est-à-dire environ 3 ans, la malade a commencé à ressentir une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, surtout accusée, quand elle se livrait à des travaux pénibles : il y a 6 mois environ, elle s'aperçut de la présence d'une tumeur entre les grandes lèvres. Une sage-femme lui conseilla l'emploi d'un pessaire qui lui procura un soulagement notable. Pas de troubles menstruels.

A son entrée à l'hôpital Pascal, je constate un prolapsus total : le col est en dehors de la vulve et fait une saillie d'environ 4 centimètres.

Le col est déchiré transversalement et présente les lésions de l'endocardite. L'hystérométrie donne 10 centimètres. L'utérus est réductible en totalité. L'examen, à la sonde, des rapports de la vessie avec le col, démontre que la vessie entoure une grande partie de ce dernier en avant et sur les côtés ou elle affleure les limites de la déchirure latérale.

Je ne constate aucune lésion dans les annexes de l'utérus.

Le 1^{er} juillet, je pratique un curettage de l'utérus qui amène une petite quantité de fongosités, puis je procède à la colpoperinéorrhaphie par le procédé de Martin.

Double colporrhaphie postérieure et latérale, remontant jusqu'au niveau du cul de sac postérieur. Double plan de suture en surjet avec gros catgut. Double flan de suture en surjet au catgut comme précédemment. Pansement à la gaze iodoformée. Suites opératoires très simples.

La malade quitte l'hôpital le 14 juillet.

Le 15 septembre la malade rentre à l'hôpital avec un commencement de récédive.

Je pratique le 19 un nouvel rapproche du périnée que je combine avec une vulvoriphie étendue. La malade quitte de nouveau l'hôpital le 5 octobre. J'ai eu l'occasion de la revoir à la fin de décembre. L'utérus est bien soutenu : le résultat orthopédique est à cette époque excellent. La malade ne ressent plus aucune douleur.

OBSERVATION II (*inédite*)

Métrite cervicale. — Rectocèle. Colpopérinéorrhaphie. Guérison. —

D'après les notes de M. le Dr Picqué

Louise V. 27 ans, ménagère, entre le 15 juin 1888, à l'hôpital Pascal, salle A. n° 19.

Antécédents. — 1 seule grossesse en 1886, accouchement normal ; la malade s'est levée au 10^e jour.

La malade n'a pas de leucorrhée.

En mars 1887, elle accuse un retard de 15 jours dans l'apparition des règles : au bout de ce temps il se produisit une métrorrhagie abondante qui dura un mois. Elle fut à cette époque traitée pour une métroréitonite et resta 35 jours au lit.

Pendant les vingt premiers jours, elle ressentit de vives douleurs dans l'hypogastre qui ne furent accompagnées ni de nausées, ni de vomissements. Depuis cette époque elle put reprendre ses occupations, elle éprouve dans la marche quelques douleurs ainsi que des phénomènes de dysménorrhée vagues qui l'engagèrent à venir consulter à l'hôpital.

A l'examen, pratiqué sans chloroforme, nous ne constatons rien du côté des annexes ; le col de l'utérus est gros et abaissé : il présente de plus une déchirure à gauche.

L'hystéromètre donne 6 cent. 1/2. Il existe encore une rectocèle prononcée qui s'accuse dans les effets en même temps que s'exagère le prolapsus utérin.

Le 18 juin, je pratique le curettage, l'amputation du col par le procédé de Schroeder et la colpopérinéorrhaphie.

L'amputation du col est pratiquée selon le procédé de Schroeder qui met plus que tout autre à l'abri de l'athésie consécutive (excès de la muqueuse du col avec autoplastie immédiate). Le curettage fournit un quantité notable de fongosités.

Pour la colpopérinéorrhaphie, je suis également le procédé de Martin qui m'a toujours semblé très efficace contre le prolapsus.

Pansement avec des lanières de gaz iodoformée.

Les suites opératoires ont été fort simples : la malade sort guérie le 7 juillet.

J'ai revu la malade à la fin de janvier 1889 : les douleurs ont complètement disparu : la menstruation se fait régulièrement et sans douleur. L'utérus est bien maintenu en place.

OBSERVATION III (inédite)

Endométrite du corpus du col. — Rectocèle. — Déchirure ancienne du périnée. — Curettage et colpopérinéorrhaphie. — Guérison d'après les notes de M. le Dr Picqué.

Madame S., 27 ans, rentière, se présente à notre observation avec tous les signes d'une endométrite.

2 accouchements, il y a 9 ans et 6 ans. Le dernier accouchement a été très laborieux ; application du forceps, pas d'accidents consécutifs.

Depuis cette époque, la menstruation est irrégulière ; règles peu abondantes et douloureuses.

Dans la période intermenstruelle, la malade ressent des douleurs lombaires et hypogastriques avec irradiations dans le membre inférieur.

Constipation opiniâtre. Troubles dyspeptiques prononcés.

A l'examen, on constate que l'utérus est volumineux ; l'hystéromètre donne 10 centimètres ; le col est gros, mais peu ulcéré, il est légèrement abaissé. Dans le cul de sac latéral gauche, on constate une tuméfaction allongée, bosselée et douloureuse à la pression, cette tuméfaction présente avec la corne utérine correspondante des commissures évidents. Il s'agit bien là d'une d'une salfugite catarrhale concommittente.

En examinant le périnée, on constate qu'il est le siège une déchirure incomplète. En excitant la malade à faire des efforts, on constate un prolapsus de la paroi vaginale postérieure.

Le 19 février 1887, un curettage est pratiqué qui amène l'issue d'une notable quantité de fongosités, injection de perchlorure de fer consécutive ; dans une séance ultérieure, colpopérinéorrhaphie par le procédé de Martin.

Suites opératoires très simples.

La salfingite a persisté : 8 mois après l'opération, on retrouve une tumeur notable à gauche. Mais les douleurs ont disparu, les règles sont devenues régulières ; les troubles gastriques n'existent plus.

OBSERVATION (inédite)

Prolapsus utérin. — Colpopérinéorrhaphie. — Guérison
(communiquée par M. le Dr Picqué)

La nommée J. Aimée, 44 ans, blanchisseuse, entre le 29 octo-

bre 1887 à l'hôpital Laennec, dans le service de M. Picqué, salle Chassagnac, n° 4.

Antécédents. — Mariée depuis l'âge de 17 ans, la malade a eu 4 enfants ; à la 3^e couche, on fut obligé de pratiquer la version podalique : l'accouchement fut très pénible ; la malade dut garder le lit pendant 6 mois et ne put reprendre son service qu'au bout d'un an.

Il y a 5 ans, elle eut une nouvelle couche par suite du manque de soins, le prolapsus ne fit que s'accroître. Jusqu'à cette époque elle avait été assez bien réglée ; mais à ce moment elle vit apparaître des métrorrhagies abondantes qui durèrent pendant 2 ans. Il y a 3 ans, la ménopause s'est produite d'une façon définitive. Depuis lors, le prolapsus s'est encore accentué malgré l'emploi des pessaires.

Cette année, la malade a été soignée à Beaujon pour une pleurésie.

Etat actuel. — Il existe un prolapsus complet et le col fait une saillie notable entre les grandes lèvres.

Pas de signes d'endométrie : l'hystéromètre donne 6^c 1/2.

Il n'existe aucune lésion dans les annexes.

La réduction se fait facilement, mais elle ne persiste pas dans le décubitus horizontal.

Le 29 novembre, je pratique une colporrhaphie antérieure (large incision elliptique), depuis la lèvre antérieure jusqu'au tubercule qui termine en avant la colonne antérieure. Double plan de suture en surjet au catgut. Le soir même de l'opération, il se produit une hémorrhagie assez abondante qui oblige à enlever le tamponnement du vagin et à pratiquer un lavage. La suture lâche partiellement.

Lavages quotidiens antiseptiques dans la cavité vaginale. Pansement à la gaze iodoformée.

Le 21 décembre la réunion secondaire est complète et l'utérus est en bonne position : mais comme il existe une rectocèle considérable, je pratique une colpopérinéorrhaphie par le procédé de Martin. La colporrhaphie donne une réunion primitive : la suture

du périnée cède en un point dans le plan superficiel : pansement à la gaze iodoformée. La réunion secondaire se fait rapidement : elle est complète le 25 janvier.

En février 1888, le maintien du prolapsus s'est confirmé.

J'ai revu la malade dans le cours de l'année : le résultat à cette date s'était maintenu. La malade porte une pessaire Dumontpalier dont l'usage avait été impossible avant l'opération.

OBSERVATION (*inédite*)

Prolapsus utérin. — Colpopérinéorrhaphie

La nommée A. Félicie, 32 ans, journalière, entre le 20 septembre 1887 à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le Dr Picqué, salle Chassagnac N° 9.

Antécédents. — Réglée à 18 ans, menstruation régulière. La malade mariée en 1875, a eu depuis 4 enfants et deux fausses couches : dès la première couche, dit-elle, le prolapsus avait apparu et s'est accentué à la deuxième couche mais il a diminué depuis grâce à une ceinture hypogastrique.

Depuis 4 mois, à la suite d'une fausse couche, le prolapsus a augmenté. La malade a ressenti également depuis cette époque quelques douleurs dans le ventre.

Etat actuel. — Au toucher on constate un abaissement notable du col.

Il existe d'ailleurs une cystocèle et une rectocèle marquée qu'on voit facilement en écartant les grandes lèvres et en excitant la malade à faire un effort.

Au spéculum, on constate une exulcération notable de la lèvre antérieure du col. L'hystéromètre donne 8 cent. 1/2.

Cautérisation à la teinture d'iode, injections chaudes de sublimé au 1/100 à l'intérieur sous-carbonate de fer.

Le 15 octobre je pratique une large colporrhaphie antérieure. Double flan de suture, surjet au catgut.

La réunion immédiate est obtenue. La malade est obligée de quitter l'hôpital.

Le 15 novembre, je fais une colpopérinéorrhaphie par le procédé de Martin :

Pas de suites opératoires, réunion immédiate.

Le 3 décembre la malade quitte l'hôpital ; le prolapsus est réduit, l'utérus est bien en place ; la malade ne souffre plus.

OBSERVATION (*inédite*)

*Endométrite. Déchirure du périnée. Opération de Schröder.
Curettage colpopérinéorrhaphie.*

La nommée G... Rose, 30 ans, couturière, entre le 18 juillet 1887, à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le Dr Picqué, salle Chassagnac n° 3.

Antécédents. — La malade a eu 3 grossesses à terme. Il y a 6 ans à la suite de la 2^e couche, il s'est produit une déchirure partielle du périnée qui n'a pas été soignée.

Il y a 4 ans, cette malade a accouché pour la 3^e fois à la Maternité sans accident.

Depuis lors, métrorrhagies rebelles en juin 1887, leucorrhée continue avec douleurs abdominales.

A l'examen on constate une déchirure partielle du périnée, Cystocèle et Rectocèle marquée. Le col est en place mais est le siège d'une large ulcération à la lèvre antérieure. L'hystéromètre donne 9 centimètres.

Le 3 septembre je pratique un curettage de l'utérus et une amputation du col par le procédé de Schröder. Ce procédé excellent dans le traitement de la métrite du col se résume, on le sait, en

une excision de la muqueuse du col, suivie d'une autoplastie immédiate.

Le 4 octobre je fais une colporrhaphie antérieure, par le procédé de Pozzi : (plan superficiel et profond à points séparés) Réunion immédiate.

Le 25 octobre je pratique la colpopérinéorrhaphie par le procédé de Martin. Réunion immédiate.

Exeat le 19 octobre.

La malade rentre au mois de décembre pour une irite.

Le périnée tient bien, la malade n'éprouve plus aucune douleur. La leucorrhée a disparu.

Les époques sont devenues régulières.

Le traitement de la métrite et du prolapsus vaginale a exigé dans ce cas trois opérations successives.

Je crois qu'il y a avantage à faire les opérations dans une même séance : c'est la pratique que je suis actuellement.

OBSERVATION (*inédite*)

Prolapsus vaginal complet. — Colpopérinéorrhaphie. — D'après la note communiquée par M. Picqué

La nommée R., 43 ans, concierge, entre le 6 novembre 1888 à l'hôpital Pascal, Salle A n° 10.

Cette malade fut réglée pour la 1^{re} fois à 15 ans. Depuis l'âge de 18 ans, la menstruation est devenue régulière, 5 accouchements il y a 13 ans, 10 ans, 8 ans, 6 ans et 3 ans.

Les couches ont été toutes normales. A la suite de sa dernière, elle a commencé à souffrir de douleurs assez vives dans le larynx hypogastrique et à gauche. Leucorrhée peu abondante. Constipation habituelle.

A l'examen, on constate un prolapsus vaginal complet. L'utérus

est en inversion et est peu volumineux, l'examen à l'hystéromètre n'a pas été fait. Le col est légèrement réduit en longueur ; il présente une déchirure à gauche.

Rien à noter du côté des annexes.

Le 12 septembre, je pratique une colpopérinéorrhaphie par le procédé de Martin. La malade a eu ses époques quelques jours avant l'opération.

Le soir de l'opération, hémorrhagie abondante d'origine intense qui fait penser à un avortement. L'injection chaude n'arrête pas l'hémorrhagie qui cède bientôt au tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée. Les caillots sont examinés avec soin, on n'y trouve ni fœtus ni débris placentaire ; mais on ne peut se prononcer cependant d'une façon affirmative.

Les suites opératoires ont été en tous cas très simples ; la malade n'a pas eu de fièvre. Le tamponnement intra-utérin est retiré le lendemain. La brûlure des parties génitales externes produite par l'eau un peu trop chaude de l'injection exige un pansement à la vaseline pendant une dizaine de jours.

Quelque points de la suture superficielle ont cédés, mais la secondaire ne tarde pas à se faire. Le prolapsus vaginal est bien réduit.

Vu : le Président de thèse,

TRÉLAT.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD.

Vu : Le Doyen.

BROUARDEL

BIBLIOGRAPHIE

- SAPPEY. — Anatomie. Paris, 3^e édition.
- FREY. — Histologie. Trad. française. Paris.
- TARNIER ET CHANTREUIL. Traité d'accouch. Paris.
- D^r TRÉLAT. — Des prolapsus génitaux. Gaz. des hôp. 5 janvier et suiv.
- Encyclopédie internationale de chirurgie, vol. VII. Paris.
- D^r TRÉLAT. — Leçons sur les prolapsus génitaux. Annales de Gynécol. Mai, 1888 et suiv.
- SIREDEY ET DAULOS. — Dictionnaire de Médecine et Chirurgie (Art. utérus).
- GALLARD. — Leçons sur les maladies des femmes 1879.
- LEGENDRE. — Compte-rendu de la soc. de ch.
- HÉGAR ET KALTENBACH. — Gynécologie opératoire. Trad. française.
- HART ET BARBOUX. — Gynécologie. Trad. franç. 1886.
- SIMPSON. — Clinique obstétricale, 1874.
- DARD. — Du traitement des prolapsus. Paris, 1877.
- POZZI. — Cours inédit.
- BUDIN. — Obstétrique et Gynécologie. Paris.
- BUDIN. — Leçon. *Semaine Médicale*, Octobre 1888.
- VARNIER. — Thèse 1888.
-

